

記載例

治 ゆ 報 告 書

認定番号 7 - 〇

令和7年8月6日		
秋田県市町村総合事務組合管理者様		
報告者（被災職員）所属 〇〇市〇〇部△△課		
氏名 秋 田 春 男		
次のとおり治ゆ （中止） しましたので報告します。		
災害発生日	令和7年7月8日	治ゆ （中止） 年月日 令和7年7月10日
傷病名	アナフィラキシー性ショック	
障害の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
療養を受けた医療機関	(住所) 秋田県〇〇市〇〇町〇-〇 (名称) □□病院	
備考		
上記のとおり相違ないことを証明します。		
令和7年7月22日		
構成団体長 〇〇市長 〇 〇 〇 〇		

完全治ゆ以外は医療機関に確認したうえで記載する。

- (注意)
- 1 治ゆとは、完全治ゆのみではなく、症状が固定の状態になったものも含まれます。
 - 2 中止とは、治ゆの診断を受けることなく、療養を中止した場合をいいます。
 - 3 中止した場合は、備考欄にその理由を記入してください。
 - 4 障害とは、地方公務員災害補償法施行規則別表第3に定めるものをいいます。